

様式第1号（第5条関係）

五條市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

五條市長 様

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

下記のとおり、がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を申請します。
なお、市が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年 月日	年 月 日生（ 歳）	
	氏 名				
	住 所	〒 - 電話番号 ()			
助成対象費用		購入経費	アの $\frac{1}{2}$ の額	上限額4万円又は イのいずれか低い額	購 入 日
	ウィッグ	①-ア 円	①-イ 円	①-ウ 円	年 月 日
	乳房補正具 (右側・左側)	②-ア 円	②-イ 円	②-ウ 円	年 月 日
申請金額	金 円 <①-ウ> + <②-ウ>				

上記内容について、市又は市が助成している団体他の補助金等の制度の利用はありません。

※添付書類

- がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書などのコピー
- 今回の治療に係る医療機関発行等の明細書
- 医療用ウィッグ又は乳房補正具の購入金額がわかる領収書
- 完納証明書（審査に必要な個人情報を五條市が照会することに同意する場合は省略できます。）

私は、市税の納付状況について五條市が照会することに同意します。

自署欄 _____

市記入欄

担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給